

**ALGEMENE VOORWAARDEN
ONGEVALLENVERZEKERING
VEILIGHEIDSREGIO'S**

VERSIE 12-07-2021

GEBASEERD OP:

**AV RAETSHEREN 2016 E1512 & E 1510
&
AV FRYSLAN-COLLECTIEF D.D.24 MEI 2019**

Inhoudsopgave

1.	Verzekeringnemer / verzekerden.....	3
2.	Dekking	3
3.	Begripsomschrijving	4
4.	Omvang van de verzekering	5
5.	Beperkingen en uitsluitingen.....	9
6.	Schademelding	10
7.	Verplichtingen en sancties	11
8.	Duur en einde van de verzekering	12
9.	Aanpassing premie en of voorwaarden	12
10.	Betalingsverkeer	12
11.	Jaarlijkse opgave	13
12.	Persoonsregistratie	13
13.	Mededelingen	13
14.	Oversluiting	13
15.	Toepasselijk recht	13
16.	Geschillen	13
17.	Samenloop voorwaarden	13
18.	Terrorismedekking	13
	Clausuleblad NHT	14
	Sanctieclausule	17

1. Verzekeringnemer / verzekerden

1.1. Verzekeringnemer

Alle entiteiten, behorend tot de rechtspersoon als op het polisblad omschreven.

1.2. Verzekerden

Als verzekerden in de zin van deze polis worden uitsluitend beschouwd:

- 1 de op de polis omschreven personen/groepen;
- 2 onder de groep jeugdbrandweer wordt verstaan:
 - alle leden van de jeugdbrandweer tot 18 jaar;
 - begeleiders en instructeurs van de jeugdbrandweer.
- 3 personen, werkzaam / in dienst van verzekeringnemer, waarvan de geldigheid van de keuring is verlopen en de keuring binnen 90 dagen na afloopdatum van de keuring plaatsvindt, onder voorbehoud dat er geen gezondheidsklachten zijn of zich binnen de termijn van 90 dagen openbaren, waardoor afkeuring of een herkeuring aannemelijk is.
- 4 personen voor wie geen keuring verplicht is uit hoofde van de niet-repressieve functie.
- 5 personen die wegens medische redenen tijdelijk niet gekeurd zijn, maar wel mogen oefenen op aanwijzen van de keurings- of bedrijfsarts.
- 6 Personen van wie de keuring als gevolg van een bijzondere situatie (bijvoorbeeld pandemie) is uitgesteld en dientengevolge is verlopen, ook buiten de respijtermijn als hiervoor genoemd onder 3. Deze personen blijven minimaal 90 kalenderdagen geldig verzekerd. De termijn kan in onderling overleg verder worden verlengd, al dan niet met bijbehorende werkafspraken.
- 7 Personen tot 69 jaar, die in het bezit zijn van een brandweerdiploma voertuigbediener, maar die niet PPMO zijn gekeurd en als chauffeur worden ingezet, waarbij zij de volgende taken verrichten:
 - a. Het verplaatsen van de eerste tankautospuut of waterwaggen vanuit de brandweerpost naar het plaats incident;
 - b. Het opbouwen van een waterwinning en helpen en benutten van materiaal van de tankautospuut.

1.3. Geen begrenzing leeftijd en domicilie

Er geldt vanwege de categorieën aan verzekerden, de leeftijdsopbouw en woonplaatsen geen dekkingsbegrenzing op leeftijd en/of domicilie.

1.4. Requiranten

Voor requiranten tot 18 jaar gelden dezelfde dekkingen en verzekerde bedragen als voor de jeugdbrandweer.

2. Dekking

De verzekering biedt dekking voor ongevallen, verzekerde(n) overkomen gedurende de verzekeringstermijn in de gehele wereld, echter uitsluitend en alléén tijdens activiteiten onder verantwoordelijkheid van verzekeringnemer.

Woon-werkverkeer

De verzekering biedt tevens dekking voor woon-werkverkeer zijnde de meest gangbare route van het woonhuis naar de plaats waar de activiteiten plaatsvinden en vice versa, tenzij door overmacht of omstandigheden een andere route zonder onderbreking wordt gereden. Dit betekent dat zuiver woon-werkverkeer, ongeacht de aard van het dienstverband of de aard van de functie-uitoefening (repressief/niet-repressief), is meeverzekerd.

Piketmedewerkers

Voor de piketmedewerkers die gedurende de gehele piketdienst een dienstvoertuig onder zich hebben, geldt dat woon-werkverkeer niet specifiek aan te merken is. Derhalve geldt voor deze medewerkers dat alle ritten met het dienstvoertuig tijdens de piketdienst als "uitoefening van taken" worden gezien, waardoor gedurende deze ritten sprake is van dekking.

Sportbeoefening

Expliciet is bepaald dat de activiteiten betrekking hebbende op de dienst, zoals de brandweertaken (proactie, preventie, preparatie, repressie en nazorg), oefeningen, wedstrijden, vergaderingen, cursussen of examens, onder de polisdekking vallen. Sportbeoefening opgelegd door de verzekeringnemer valt eveneens onder de polisdekking.

Sportbeoefening buiten werktijd valt niet onder de dekking.

Privé-activiteiten

Privé-activiteiten al dan niet voorafgaand en/of aansluitend aan activiteiten onder verantwoordelijkheid van de verzekeringnemer, vallen niet onder de polisdekking. Onder privé-activiteiten worden activiteiten verstaan die geen verband houden met de functie-uitoefening. Onder functie-uitoefening valt ook woon-werkverkeer, zakenreis, teambuilding, opleiding en training.

3. Begripsomschrijving

Onder een ongeval wordt verstaan een plotseling, onverwacht en ongewild, van buiten komend, rechtstreeks op of in het lichaam van verzekerde inwerkend geweld, wat rechtstreeks en uitsluitend oorzaak is van een objectief geneeskundig vast te stellen lichamelijk letsel, dat het overlijden, de tijdelijke- of blijvende invaliditeit en/of arbeidsongeschiktheid, dan wel geneeskundige behandeling van de verzekerde tot gevolg heeft.

Onder een ongeval wordt ook verstaan:

- 3.1. uitputting, verhogering, verdorping, zonnebrand en ander lichamelijk letsel, mits deze rechtstreeks gevolg zijn van ontbering of enige rampspoed;
- 3.2. verrekking en scheuring van spieren, banden en pezen, verstuiking en ontwrichting als gevolg van een plotselinge krachtsinspanning;
- 3.3. wondinfectie en/of bloedvergiftiging, ontstaan door het binnendringen van ziektekiemen in een door een ongeval ontstaan letsel; ook een (wond)infectie en/of bloedvergiftiging als rechtstreeks gevolg van het uitoefenen van het beroep of bedrijf dan wel de functie van verzekerde.
- 3.4. warmtebevanging, zonnesteek, bevriezing, verbranding, verdrinking, verstikking, blikseminslag of een andere elektrische ontlading;
- 3.5. acute vergiftiging door het binnenkrijgen van dampen, gassen, vaste stoffen en/of vloeibare stoffen (niet zijnde virussen of bacteriële ziektekiemen);
- 3.6. het van buitenaf binnendringen van stoffen of vreemde voorwerpen, waardoor (inwendig) letsel wordt toegebracht;
- 3.7. besmetting door een onvrijwillige val in enige vaste of vloeibare stof, evenals besmetting door radioactiviteit en radioactieve nucliden;
- 3.8. een gebeurtenis tijdens functie-uitoefening waarbij zich een besmetting met het HIV-virus heeft voorgedaan.

Bij een beroep op de polis terzake van Hiv-besmetting is de verzekerde verplicht zich binnen 1 maand na de gebeurtenis te laten testen. De verzekerde is voorts gehouden om een tweede test uit te laten voeren op de daarvoor medisch geïndiceerde termijn. Wanneer komt vast te staan dat tussen de eerste en de tweede test seroconversie heeft plaatsgevonden, wordt aangenomen dat de besmetting ongevalsgevolg is.

- 3.9. ongevallen de verzekerde overkomen tijdens het verblijf in een luchtvaartuig:
 - als gast of als passagier in een voor passagiersvervoer ingericht vliegtuig, terwijl dat voor niet-militaire doeleinden wordt gebruikt;
 - als zweefvlieger of als passagier van een zweefvliegtuig, mits de piloot een voor die vlucht geldig vliegbrevet bezit, en mits wordt deelgenomen aan burgerlijk luchtverkeer;
 - in opdracht van verzekeringnemer voor activiteiten die rechtstreeks verband houden met brandpreventie, brandbestrijding, rampendienstactiviteiten en/of technische hulpverlening;
- 3.10. complicaties en verergering van het ongevalsletsel als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van de door het ongeval noodzakelijk geworden eerste hulpverlening en/of geneeskundige behandeling;
- 3.11. een onjuiste medische behandeling, mits rechtstreeks verband houdend met een eerder aan de verzekerde overkomen, gedekt ongeval;
- 3.12. besmetting door koepokken, miltvuur, mond- en klauwzeer, sarcopteschorf, tetanus, ringvuur (trichophytie) en de ziekte van Bang;

De volgende situaties vallen enkel onder de dekking van de polis indien deze situaties voldoen aan de ongevalsdefinitie zoals opgenomen in de aanhef onder artikel 3.

- 3.13. traumatische ingewandsbreuk (hernia), spit (lumbago), peesschedeontsteking (tendovaginitis crepitans), zweepslag (coup de fouet), uitstulping van een tussenwervelschijf (hernia nuclei pulposi), tennisarm (epicondylitis humeri) en huidletsel veroorzaakt door druk of wrijving;
- 3.14. barotrauma als direct gevolg van een van buiten komend onheil / externe factoren.

4. Omvang van de verzekering

De verzekeraars garanderen de in de ondervermelde rubrieken A, B, C en D omschreven uitkeringen, indien de verzekerde door een ongeval wordt getroffen.

Rubriek A: Overlijden

4.A.1. In geval van overlijden wordt het daarvoor verzekerde bedrag (Rubriek A1) uitgekeerd. In geval van overlijden zal in aanvulling op de kapitaalsuitkering een jaarlijkse rente-uitkering worden verstrekt (Rubriek A2 en/of Rubriek A3).

In aansluiting op het hierboven bepaalde wordt vastgesteld, dat als de verzekerde overlijdt ten gevolge van een ongeval dat al eerder geleid heeft tot blijvende invaliditeit, zowel de kapitaalsuitkering als de rente die de verzekeraars terzake van deze invaliditeit hebben uitgekeerd of verschuldigd zijn, in mindering wordt gebracht op de kapitaalsuitkering en de rente verschuldigd bij overlijden. Was echter de kapitaalsuitkering terzake van blijvende invaliditeit hoger dan de voor overlijden verschuldigde uitkering, dan blijft het recht op het meerdere bestaan.

4.A.2 Overlijden buiten Nederland

Indien de verzekerde als rechtstreeks en uitsluitend gevolg van een bij een ongeval opgelopen lichamelijk letsel overlijdt tijdens zijn verblijf buiten Nederland, vergoeden verzekeraars boven het voor overlijden verzekerde bedrag en rente-uitkering (en) de gemaakte kosten van repatriëring van het stoffelijk overschot tot ten hoogste € 10.000,-.

Deze vergoeding geldt enkel en alleen als bijkomend boven het elders verzekerde bedrag en wordt uitsluitend verstrekt zodra de gemaakte kosten van vervoer niet of slechts gedeeltelijk onder enige andere verzekering en/of voorziening, al dan niet van oudere datum, gedekt zijn of daaronder niet of slechts gedeeltelijk gedekt zouden zijn indien de onderhavige verzekering niet had bestaan.

4.A.2 Begunstigden

De uitkering onder rubriek A1 komt ten goede aan:

- a. de weduwe/weduwnaar, partner of bij ontstentenis van deze;
- b. -elk voor een gelijkblijvend deel- de kinderen van verzekerde of bij ontstentenis van deze;
- c. de wettige erven van verzekerde in de 1e of 2e graad.

De rente uitkering bij overlijden komt ten goede aan:

Rubriek A2

De weduwe/weduwnaar voor het eerst op de 1e dag van de maand, volgend op de maand van overlijden van de verzekerde. De rente-uitkering eindigt op de 1e dag van de maand na het bereiken van de AOW gerechtigde leeftijd of op de 1e dag van de maand na het overlijden van de weduwe/weduwnaar.

Rubriek A3

De wettige kinderen van de verzekerde, die de 21-jarige leeftijd nog niet hebben bereikt en niet gehuwd of gehuwd zijn geweest, voor het eerst op de 1e dag van de maand, een maand na de datum van overlijden van de verzekerde tot de datum waarop zij 21 jaar worden of tot de datum van eerder overlijden. Voor studerende kinderen van de verzekerde die de leeftijd van 27 jaar nog niet bereikt hebben tot de datum waarop zij de studie beëindigen, en uiterlijk tot de 27-ste verjaardag of tot de datum van eerder overlijden.

De rente-uitkering wordt ten hoogste voor 5 kinderen vergoed. Als er meer dan 5 kinderen zijn, ontvangt ieder kind een gelijkblijvend deel van de rente-uitkering.

4.A.3. Waar in deze verzekeringsvoorwaarden staat vermeld "echtgeno(o)t(e) dan wel weduwe/weduwnaar" wordt daaronder mede verstaan: een persoon waarmee verzekerde op de dag van het ongeval een geregistreerd partnerschap heeft; of een persoon waarmee verzekerde tot de datum van het ongeval heeft samengewoond.

4.A.4. Voor zowel de vergoeding van de kapitaalsuitkering (A1) als de rente-uitkeringen (A2 en A3) geldt dat wordt uitgekeerd aan verzekeringnemer. In onderling overleg kan op dossierniveau, niet eerder dan na expliciete goedkeuring door verzekeringnemer, van deze werkwijze worden afgeweken.

Rubriek B: Blijvende invaliditeit

- 4.B.1 Bij algehele blijvende invaliditeit wordt het gehele onder deze rubriek B verzekerde bedrag uitgekeerd.
- 4.B.2. a. In geval van gedeeltelijke blijvende invaliditeit, als onderstaand omschreven, wordt het daarbij vermelde percentage van het onder deze rubriek verzekerde bedrag uitgekeerd. In de hierna vermelde tabel (Gliedertaxe) wordt uitgegaan van gehele of gedeeltelijke blijvende invaliditeit van de mens.

Bij geheel verlies of functieverlies van:	
een arm tot in het schoudergewricht	85%
een arm tot in of boven het ellebooggewricht	75%
een hand tot in het polsgewricht of een arm tussen pols- en ellebooggewricht	70%
een been tot in het heupgewricht	75%

een been tot in of boven het kniegewricht	65%
een voet tot in het enkelgewricht of	
een been tussen enkel- en kniegewricht	55%
een duim	25%
een wijsvinger	18%
een middelvinger	12,5%
een ringvinger	10%
een pink	10%
een grote teen	10%
een andere teen	5%
een long	35%
een nier	20%
beide nieren	100%
de milt	10%
de alvleesklier	70%
de spraak	50%
het strottenhoofd	50%
een vrouwenborst	5%
beide vrouwenborsten	15%
de baarmoeder	10%
de baarmoeder en de eierstokken	30%
de teelbal	5%
beide teelballen	30%
het mannelijk lid	40%
de reuk	10%
de neus	10%
de smaak	10%
algehele ongeneeslijke verlamming	100%
het gezichtsvermogen van één oog	50%
het gezichtsvermogen van beide ogen	100%
het gehoorvermogen van een oor	25%
het gehoorvermogen van beide oren	50%
de oorschelp	5%
het als gevolg van traumatische beschadiging van de hersenen volledig verloren gaan van de geïntegreerde complexe hogere hersenfuncties	100%
het als gevolg van traumatische beschadiging van de hersenen volledig verloren gaan van het vermogen tot taalgebruik	90%
de wervelkolom met volledig verlies van de typische wervelkolomactie en bewegingsfunctie zonder neurologische verschijnselen	75%
4.B.2. b. Whiplash	
Cervicaal (of lumbaal) acceleratie-/deceleratieletsel van de wervelkolom zonder objectief aantoonbare neurologische-/neuropsychologische uitvalsverschijnselen en/of objectief aantoonbare vestibulaire afwijkingen	0-10%
Cervicaal acceleratie-/deceleratie letsel van de wervelkolom met neuropsycho- logische en/of vestibulaire afwijkingen	10-15%
Post commotioneel syndroom	0-10%
4.B.2.c. In geval van gedeeltelijk verlies of gedeeltelijk functieverlies van in 4.B.2.a. genoemde lichaamsdelen en/of vermogens wordt een evenredig deel van het daarbij vermelde percentage vastgesteld en uitgekeerd.	
4.B.2.d. Bij (gedeeltelijk) verlies of (gedeeltelijk) functieverlies van verschillende lichaamsdelen en/of vermogens wordt de mate van de invaliditeit bepaald door optelling/combinatie van de afzonderlijke percentages, met dien verstande, dat nimmer meer wordt uitgekeerd dan het onder deze rubriek verzekerde bedrag.	
4.B.2.e. In geval van (gedeeltelijk) verlies of (gedeeltelijk) functieverlies van meer dan één vinger van dezelfde hand wordt geen hoger percentage vastgesteld dan voor geheel verlies of functie- verlies van de gehele hand.	
4.B.2.f. Keuzeclausule Indien bij een verzekerde ten gevolge van een ongeval blijvend functieverlies ontstaat, worden door verzekeraars zowel de mate van blijvende invaliditeit (als bepaald in artikel 4.B) als de mate van blijvende arbeidsongeschiktheid bepaald, waarbij de eventuele restcapaciteit buiten beschouwing wordt gelaten. Uitgekeerd zal worden op de grondslag die de verzekerde verkiest. De keuzeclausule is niet van toepassing bij letsel als omschreven in artikel 4.B.2.b.	
4.B.2.g. Blijvende arbeidsongeschiktheid Onder blijvende arbeidsongeschiktheid wordt verstaan het geheel of gedeeltelijk niet in staat zijn van verzekerde om voor zijn krachten en bekwaamheden arbeid te verrichten, die hem gelet op zijn opleiding en vroegere beroep in billijkheid kan worden opgedragen, ongeacht of zodanige arbeid ook werkelijk beschikbaar is.	

De aanwezigheid van en de mate van de blijvende arbeidsongeschiktheid wordt vastgesteld op de wijze als bepaald in artikel 4.B.2.h tot en met 4.B.2.l.

Bij blijvende arbeidsongeschiktheid geldt de navolgende tabel:

Arbeidsongeschiktheidstabel

Percentage Arbeidsongeschiktheid	Uitkeringspercentage van het verzekerde bedrag
5%	5%
6%	5,8%
7%	6,5%
8%	7,3%
9%	8%
10%	8,8%
11%	9,5%
12%	10,3%
13%	11%
14%	11,8%
15%<25%	12,5%
25%<35%	25%
35%<45%	37,5%
45%<55%	50%
55%<65%	62,5%
65%<80%	80%
80% of meer	100%

4.B.2.h. Vaststelling blijvende invaliditeit en/of blijvende arbeidsongeschiktheid

De aanwezigheid en de mate van blijvende invaliditeit en/of arbeidsongeschiktheid bij een verzekerde wordt in overleg met de medisch adviseur door verzekeraars vastgesteld. De mate van blijvende invaliditeit en/of arbeidsongeschiktheid zal worden vastgesteld op het moment dat een medische eindsituatie aanwezig is, doch uiterlijk twee jaar na het ongeval.

Deze termijn van twee jaar kan op verzoek van de verzekerde met één jaar worden verlengd. Dit dient uiterlijk 30 dagen voor het verstrijken van de twee jaar schriftelijk aan verzekeraars te worden meegedeeld. In dit geval vervalt artikel 4.b.2.k.

Bij verlies of onbruikbaarheid van niet in de hiervoor vermelde invaliditeitsschaal genoemde lichaamsdelen/organen wordt de mate van blijvende invaliditeit bepaald aan de hand van onafhankelijk onderzoek door een bevoegd arts volgens objectieve maatstaven, overeenkomstig de laatste uitgave van de "Guide to the Evaluation of Permanent Impairment" van de American Medical Association (A.M.A.) aangevuld met de richtlijnen van de Nederlandse Specialistenverenigingen.

Als verzekerde vóór vaststelling van de mate van invaliditeit overlijdt, is er geen uitkering betreffende invaliditeit en/of blijvende arbeidsongeschiktheid verschuldigd.

Als de verzekerde overlijdt door een andere oorzaak dan het ongeval, nadat één jaar na de datum van het ongeval is verstreken, wordt de uitkering voor invaliditeit vastgesteld op een percentage dat zou zijn vastgesteld, wanneer verzekerde niet zou zijn overleden.

4.B.2.i. Bij de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit en/of arbeidsongeschiktheid wordt een reeds vóór het ongeval bestaande blijvende invaliditeit en/of ziekte in mindering gebracht. Tenzij een dergelijke omstandigheid een gevolg is van een ongeval waarvoor de verzekeraars een uitkering verschuldigd zijn.

4.B.2.j. Invloed van psychische reacties

Bij de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit wordt geen rekening gehouden met de psychische reactie op het ongeval c.q. op het daardoor veroorzaakte lichamelijk letsel c.q. blijvende invaliditeit en/of blijvende arbeidsongeschiktheid, ook al zou bedoelde psychische reactie op zichzelf in enige mate blijvende invaliditeit en/of blijvende arbeidsongeschiktheid tot gevolg kunnen hebben.

4.B.2.k. Als na verloop van twee jaar na melding van het ongeval de mate van blijvende invaliditeit en/of blijvende arbeidsongeschiktheid nog niet kan worden vastgesteld, vergoeden verzekeraars over het uiteindelijk uit te keren bedrag een rente à 6% per jaar vanaf de 730ste dag na de melding van het ongeval. Voor het overige wordt deze vordering -voor zover nodig in afwijking van artikel 6:83 BW- eerst opeisbaar na een termijn van veertien dagen nadat verzekeraars de beschikking hebben gekregen over de (eindrapportage) van hun medisch adviseur, evenals over alle medische en andere gegevens die redelijkerwijs voor een juiste beoordeling van het recht op uitkering noodzakelijk zijn. Hierbij wordt tevens bepaald met betrekking tot het vermelde in rubriek B 4.B.2.g. en 4.B.2.h. dat als de datum van het ongeval achteraf niet meer kan worden vastgesteld de datum van aangifte van het ongeval aan makelaar of verzekeraar als ongevalsdatum wordt aangehouden.

4.B.2.l. In geval van blijvende (gedeeltelijke) invaliditeit als omschreven in artikel 4.B.2.a. tot en met 4.B.2.e. zal in aanvulling op de kapitaalsuitkering als jaarlijkse rente-uitkering een percentage worden uitgekeerd van de rente-uitkering (rubriek B2) overeenkomstig het onder rubriek B1 vastgestelde percentage van de blijvende (gedeeltelijke) invaliditeit. De verzekeraar kan besluiten dat in plaats van een rente-uitkering een (éénmalige) kapitaalsuitkering wordt vastgesteld.

De jaarlijkse rente-uitkering zal voor het eerst worden uitbetaald één jaar na de vaststelling van de blijvende invaliditeit en wordt uitgekeerd tot de AOW gerechtigde leeftijd of de datum van eerder overlijden van verzekerde.

4.B.2.m. Begunstigde

De kapitaalsuitkering (B1) en rente-uitkering (B2) komen ten goede aan de verzekerde. Voor beide geldt dat wordt uitgekeerd aan verzekeringnemer. In onderling overleg kan op dossierniveau, niet eerder dan na expliciete goedkeuring door verzekeringnemer, van deze werkwijze worden afgeweken.

4.B.2.n. Stijgende rente-uitkeringen

Een ingegane rente-uitkering krachtens rubriek A2, A3 of B2 en indien meeverzekerd B3 zal aan het einde van elke periode van 12 maanden, voor de eerste maal gerekend vanaf de ingangsdatum van de uitkering, worden verhoogd met de Nationale Consumentenprijsindex (CPI, %) ten opzichte van het rentebedrag aan het begin van de betreffende periode van 12 maanden.

Rubriek C: Tijdelijke arbeidsongeschiktheid.

- 4.C.1. Het recht op uitkering gaat in op de dag volgend op de dag dat verzekerde zich terzake van het ongeval onder geneeskundige behandeling heeft gesteld en hij tevens ongeschikt is zijn beroepsbezigheden geheel of gedeeltelijk te verrichten.

De dekking geldt niet voor de repressieve en niet-repressieve beroepsmedewerkers.

4.C.2. Uitkeringshoogte

Bij tijdelijke arbeidsongeschiktheid zal voor een verzekerde, werkzaam als zelfstandig ondernemer, het volledige, op de polis vermelde bedrag worden uitgekeerd.

Voor loontrekkenden zal een daggelduitkering worden verstrekt op basis van de werkelijke loonschade (netto loonkosten en kosten Wet Poortwachter) van de werkgever, indien deze de verzekeringnemer hiervoor heeft aangesproken, met als maximum het op de polis vermelde verzekerde bedrag.

Daarnaast zal het netto loon van de werknemer bij een terugval worden aangevuld tot 100%, eventueel inclusief gemaakte en aantoonbare kosten voor huishoudelijke hulp, kinderopvang, thuiszorg en extra vervoerskosten met als maximum het op de polis vermelde verzekerde bedrag.

Voor verzekerden met een loondienstbetrekking met een variabel (periodiek) inkomen zal voor de vaststelling van de werkelijke loonschade worden gekeken naar de inkomsten over een periode van maximaal 12 maanden voorafgaand aan het ongeval. Voor de verzekerden zonder inkomsten uit arbeid worden de gemaakte en aantoonbare kosten voor huishoudelijke hulp, kinderopvang, thuiszorg en extra vervoerskosten vergoed, met als maximum het op de polis vermelde verzekerde bedrag. Voor verzekerden met een loondienstbetrekking met een variabel (periodiek) inkomen zal voor de vaststelling van de werkelijke loonschade worden gekeken naar de inkomsten over een periode van maximaal 12 maanden voorafgaand aan het ongeval. Voor verzekerden zonder inkomsten uit arbeid worden de gemaakte en aantoonbare kosten voor huishoudelijke hulp, kinderopvang, thuiszorg en extra vervoerskosten vergoed, met als maximum het op de polis vermelde verzekerde bedrag.

4.C.3. Uitkeringsduur

De uitkering wordt over ten hoogste 156 weken (7 dagen per week) per ongeval verleend, doch eindigt op de dag dat verzekerde weer zijn/haar beroepsbezigheden kan verrichten en/of de geneeskundige behandeling is beëindigd en/of de blijvende invaliditeit (rubriek B) is vastgesteld of dat hij/zij overlijdt of op de 1e dag van de maand volgend op die waarin de verzekerde de AOW gerechtigde leeftijd heeft bereikt. De uitkering wordt op de laatste dag van elke kalendermaand verstrekt.

4.C.4. Begunstigde

De verzekeringnemer.

Rubriek D: Medische en/of paramedische kosten.

- 4.D.1. Als verzekerde medisch en/of paramedisch moet worden behandeld, dan worden de daaraan redelijkerwijs verbonden kosten vergoed tot ten hoogste het daarvoor op de polis vermelde bedrag. Onder medische en paramedische kosten worden verstaan: honoraria van medici en paramedici, waaronder begrepen de honoraria voor de door hen toegepaste alternatieve geneeswijzen, kosten van door een arts voorgeschreven verband- en geneesmiddelen, van behandeling en verpleging in een ziekenhuis of particuliere verpleeginrichting, van fysiotherapie, noodzakelijk ziekenvervoer en van noodzakelijk geworden prothesen.

- 4.D.2. Daarnaast worden vergoed, eventueel boven het verzekerde bedrag, doch indien boven het verzekerde bedrag tot een maximum van € 2.500,-, de kosten verbonden aan de eenmalige aanschaf van een blindengeleidehond of een invalidenwagen.

- 4.D.3. Voor vergoeding komen ook in aanmerking de reiskosten gemaakt door de echtgeno(o)t(e) /partner en de bloed- en aanverwanten tot en met de tweede graad van de verzekerde, in verband met het bezoeken van verzekerde in een ziekenhuis tijdens opname ten gevolge van een ongeval, uiterlijk tot 100 kilometer buiten de Nederlandse landsgrenzen.

- 4.D.4. Voor vergoeding komt ook in aanmerking de kosten verbonden aan eventuele verpleging in een Brandwonden Centrum en de revalidatiekosten, voortvloeiende uit die verpleging. Voor kosten van behandeling en verpleging

in een Brandwonden Centrum geldt een afwijkend verzekerd bedrag als vermeld op de polis. De maximum uitkeringstermijn onder deze rubriek is conform polisblad.

- 4.D.5 Elders lopende verzekeringen
Als op grond van een andere verzekering al dan niet van oudere datum, of van enige wet of andere voorziening recht op een vergoeding bestaat, en zou de onderhavige verzekering niet hebben bestaan, dan is de dekking van deze verzekering pas in de laatste plaats geldig en van toepassing.
In verband hiermede komt alleen die schade voor vergoeding in aanmerking, die het bedrag te boven gaat waarop verzekerde elders aanspraak zou kunnen maken.

Omvang van de dekking

Als voorwaarde voor een vergoeding op grond van deze verzekering geldt, dat de verzekerde rechten kan onttrekken aan een in Nederland gesloten zorgverzekering of -voorziening.
Met inachtneming van het bepaalde in rubriek D, betreffende omvang dekking, beperkingen, uitsluitingen en eventuele overige bepalingen, geldt de verzekering uitsluitend voor medische kosten, voor zover deze volgens de condities van de zorgverzekering of -voorziening niet of niet volledig worden vergoed of niet of niet volledig vergoed worden ten gevolge van een eigen risico, no-claim of vergoedingsmaximum.

Cessie

Niettegenstaande aan het hierboven bepaalde in punt 'omvang van de dekking', zullen verzekeraars aan de verzekerde, die niet binnen redelijke termijn (6 maanden) van de verzekeraar van een elders lopende zorgverzekering of -voorziening de zekerheid verkrijgt dat de buiten Nederland te maken of gemaakte kosten als bedoeld in rubriek D zullen worden vergoed, die kosten bij wijze van een renteloze lening aan de verzekerde ter beschikking stellen en wel tot een bedrag van maximaal het op deze polis verzekerde bedrag, onder de voorwaarde dat de verzekerde zijn rechten onder die andere verzekering of -voorziening aan de verzekeraars van de onderhavige verzekering overdraagt.

- 4.D.6 Een vergoeding van kosten van geneeskundige behandeling wordt niet in mindering gebracht op eventuele andere uitkeringen, welke terzake van hetzelfde ongeval krachtens deze verzekering wordt verleend.
- 4.D.7 Begunstigde
De verzekeringnemer.

5. Beperkingen en uitsluitingen

Er is geen dekking onder de verzekering voor ongevallen ontstaan of veroorzaakt door:

- 5.1. **Opzet**
Het opzettelijk teweeg brengen van de verwezenlijking van een ongeval of het daaraan opzettelijk meewerken door de verzekerde of een belanghebbende bij de verzekerde uitkering.
- 5.2. **Zelfmoord**
Het plegen van zelfmoord of een poging daartoe door verzekerde.
- 5.3. **Misdrijf of waagstuk**
 - Het plegen van of het deelnemen aan een misdrijf of een poging daartoe
 - tijdens een vechtpartij of tijdens het bewust op roekeloze wijze in gevaar brengen van leven of lichaam terwijl dit niet noodzakelijk was voor het uitoefenen van de functie van verzekerde;
- 5.4. **Alcohol**
Het onder invloed zijn van alcohol conform de vigerende wet- en regelgeving hieromtrent. Er wordt enkel beroep genoemdde uitsluitingen gedaan indien de wettelijke voorschriften en/of toegestane hoeveelheden zijn overschreden. De bewijslast ligt bij verzekeraar.
- 5.5. **Genees- en andere middelen**
Gebruik van geneesmiddelen en van bedwelmende, verdoovende of opwekkende middelen door verzekerde anders dan op medische indicatie.
- 5.6. **Snelheidswedstrijden en betrouwbaarheidsritten**
Deelneming aan of voorbereiding tot snelheidswedstrijden of recordpogingen met alle type voer- en vaartuigen, tenzij de hiervoor genoemde wedstrijden en recordpogingen in het kader van de activiteiten van verzekeringnemer plaatsvinden. Wel meegedeeld is deelneming aan betrouwbaarheidsritten met alle type voer- en vaartuigen, mits het traject geheel of ten dele binnen Nederland is gelegen en de totale duur de 24 uur niet te boven gaat, met dien verstande dat het risico verbonden aan deelneming aan snelheidsproeven tijdens deze ritten niet is gedekt.
- 5.7. **Sporten**
Het beoefenen van sport als semi-professional of professional en/of het deelnemen aan (recreatief) diepzeeduiken, elasticspringen (bungeejumpen), parapenten, bergsporten met een algemeen erkend gevaarlijk karakter, parachutespringen en alle daaraan verwante sporten.

5.8. Groot Molest

Niet verzekerd zijn ongevallen aan de verzekerde overkomen veroorzaakt door of ontstaan uit:

- Gewapend conflict: elk geval waarin staten of andere georganiseerde partijen elkaar, of de één de ander, met militaire machtsmiddelen, bestrijden. Het gewapend optreden van militaire eenheden onder de verantwoordelijkheid van internationale organisaties zoals de Verenigde Naties, de Noord-Atlantische Verdragsorganisatie of de West-Europese Unie wordt ook hieronder verstaan;
- Burgeroorlog: een min of meer georganiseerde gewelddadige strijd tussen inwoners van eenzelfde staat, waarbij een belangrijk deel van de inwoners van die staat betrokken is;
- Opstand: georganiseerd gewelddadig verzet binnen een staat, gericht tegen het openbaar gezag;
- Binnenlandse onlusten: min of meer georganiseerde gewelddadige handelingen, op verschillende plaatsen zich voordoend binnen een staat;
- Oproer: een min of meer georganiseerde plaatselijke gewelddadige beweging gericht tegen het openbaar gezag;
- Mouterij: een min of meer georganiseerde gewelddadige beweging van leden van enige gewapende macht, gericht tegen het gezag waaronder zij gesteld zijn.

Wel is er dekking ontstaan of veroorzaakt door klein molest. Onder klein molest vallen: sabotage, vordering, werkstaking, lock-out, bedrijfsbezetting, modelactie, rellen, relletjes of opstootjes.

5.9. Atoomkernreactie

Veroorzaakt door een atoomkernreactie, tenzij deze is opgewekt met het oog op een medische behandeling van een gedekt ongeval of door besmetting door isotopen. Onder besmetting met isotopen wordt verstaan pathologische aandoeningen en de gevolgen daarvan door een plotselinge inwerking van radioactieve stralen, tenzij dit is veroorzaakt door molest of tenzij de intensiteit zodanig is dat daaruit binnen 3 maanden geen klinische aanwijsbare aandoening voortvloeit. Uitgesloten blijven echter alle gevolgen van de geleidelijke inwerking van kleine doses radioactieve bestraling.

6. Schademelding

Rubriek A: Overlijden

6.A.1 Melding bij overlijden

Bij overlijden van een verzekerde is de verzekeringnemer, de begunstigde en/of de bij de verzekering belanghebbende verplicht ervoor zorg te dragen dat verzekeraars zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 48 uur na overlijden schriftelijk of telefonisch daarvan in kennis zijn gesteld en tevens naar beste vermogen opgave te doen van alle bijzonderheden ter zake van dit overlijden en het de verzekerde overkomen ongeval.

6.A.2 Medisch onderzoek en sectie

De verzekeringnemer en/of belanghebbende zijn verplicht aan de door verzekeraars aangewezen geneeskundige en/of doorverzekeraars gemachtigde persoon/personen alle medewerking te verlenen met betrekking tot een eventueel noodzakelijk medisch onderzoek (een eventuele(e)) sectie, laboratoriumonderzoek, en exhumatie daaronder begrepen) naar het ontstaan van het ongeval en/of de doodsoorzaak.

Zij zijn verplicht naar beste vermogen en naar waarheid antwoord te geven op aan hen gestelde vragen. Verzekeringnemer en/of begunstigde en/of belanghebbende is/zijn verplicht naar beste vermogen te bevorderen dat de begrafenis of crematie van de verzekerde niet eerder plaatsvindt dan na toestemming daartoe van verzekeraars.

6.A.3 Vermissing of verdwijning

Bij vermissing of verdwijning van een verzekerde, is de verzekeringnemer en/of begunstigde en/of belanghebbende verplicht verzekeraars daarvan zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is in kennis te stellen. Aanspraak op uitkering blijft bestaan indien buiten redelijke twijfel aannemelijk is dat de verzekerde als gevolg van een gedekt ongeval is overleden. Verzekeraars kunnen verlangen dat een verklaring van (een rechtsvermoeden van) overlijden, als bedoeld in artikel 1.412 e.v. BW dan wel artikel 1.426 e.v. BW wordt overgelegd.

Rubriek B: Blijvende invaliditeit

6.B. Melding bij blijvende invaliditeit

De verzekeringnemer en/of de verzekerde is/zijn verplicht zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 3 maanden daarna, verzekeraars in kennis te stellen van een ongeval, waaruit een recht op uitkering wegens blijvende invaliditeit zou kunnen ontstaan.

Indien de aangifte later wordt gedaan kan toch het recht op uitkering ontstaan, mits ten genoegen van verzekeraars wordt aangetoond dat:

- de verzekerde een gedekt ongeval is overkomen;
- de blijvende invaliditeit het rechtstreekse gevolg is van dit ongeval;
- de gevolgen van dit ongeval niet door ziekte, kwaal of gebrekkigheid of een abnormale lichaams-/ geestesgesteldheid zijn vergroot;
- de verzekerde in alle opzichten de voorschriften van de behandelend arts heeft opgevolgd.

Rubriek C: Tijdelijke arbeidsongeschiktheid

6.C Melding bij tijdelijke arbeidsongeschiktheid

De verzekeringnemer en/of de verzekerde is/zijn verplicht zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 1 maand daarna, verzekeraars in kennis te stellen van een ongeval, waaruit een recht op uitkering wegens tijdelijke arbeidsongeschiktheid zou kunnen ontstaan.

Als de aangifte later wordt gedaan kan toch het recht op uitkering ontstaan, mits op verzoek van verzekeraars wordt aangetoond dat:

- de verzekerde een gedekt ongeval is overkomen;
- de tijdelijke arbeidsongeschiktheid het rechtstreekse gevolg is van dit ongeval;
- de gevolgen van dit ongeval niet door ziekte, kwaal of gebrekkigheid of een abnormale lichaams-/ geestesgesteldheid zijn vergroot;
- de verzekerde in alle opzichten de voorschriften van de behandelende arts heeft opgevolgd.

Rubriek D: Medische en/of paramedische kosten

6.D Melding van medische en/of paramedische kosten.

Als aanspraak wordt gemaakt op uitkering krachtens rubriek D is de verzekeringnemer en/of begunstigde en/of belanghebbende verplicht verzekeraars zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk binnen 3 maanden na de datum van het gedekte ongeval, hiervan in kennis te stellen.

7. Verplichtingen en sancties

7.A. Verplichtingen verzekerde

De verzekerde is verplicht:

- 7.A.1 tijdig de schade te melden conform artikel 6;
- 7.A.2 zich zo spoedig mogelijk onder geneeskundige behandeling te stellen en onder behandeling te blijven indien dit redelijkerwijs noodzakelijk is, en de voorschriften van de behandelend arts op te volgen;
- 7.A.3 zich in ieder geval door een door verzekeraars aangewezen geneeskundige te laten onderzoeken of zich ter observatie in een door hen aangewezen ziekenhuis of inrichting te laten opnemen. De kosten van dit onderzoek zijn voor rekening van verzekeraars. Verzekeraars mogen verlangen dat het onderzoek en de opname in Nederland zal plaatsvinden;
- 7.A.4 alle door verzekeraars nodig geoordeelde gegevens te verstrekken, of te doen verstrekken, aan de door verzekeraars aangewezen deskundige(n) en alle medewerking te verlenen bij het opvragen van medische gegevens ten behoeve van de medisch adviseur van verzekeraars;
- 7.A.5 alle door verzekeraars of door haar aangewezen deskundige(n) gestelde vragen naar waarheid en volledig te beantwoorden en geen feiten of omstandigheden te verzwijgen die voor de vaststelling van de mate van blijvende invaliditeit van belang kunnen zijn;
- 7.A.6 verzekeraars zo spoedig mogelijk in kennis te stellen van geheel of gedeeltelijk herstel.

7.B. Verplichtingen verzekeringnemer

De verzekeringnemer is verplicht:

- 7.B.1 tijdig de schade te melden conform artikel 6;
- 7.B.2 in geval van schade door middel van zijn administratie aan te tonen dat de getroffen(e) ten tijde van het ongeval als verzekerde diende te worden beschouwd;
- 7.B.3 naar beste vermogen te bevorderen dat de verzekerde de hiervoor onder sub 7.A genoemde verplichtingen nakomt;
- 7.B.4 desgevraagd aan verzekeraars nadere gegevens te verstrekken, waaruit blijkt dat degene voor/door wie uitkering wordt verlangd ten tijde van het ongeval verzekerde was, en verzekeraars in de gelegenheid te stellen de verstrekte gegevens te verifiëren.

7.C. Verlies van recht op uitkering

Elk recht op uitkering vervalt:

- 7.C.1 indien de verzekeringnemer en/of de verzekerde een verplichting als hiervoor onder 7.A. en 7.B. omschreven niet is nagekomen, tenzij deze bewijst dat hem daarvan redelijkerwijs geen verwijt is te maken, evenals dat de belangen van verzekeraars daardoor niet zijn geschaad, conform artikel 7:941 BW lid 1 t/m 5;
- 7.C.2 indien niet binnen twaalf maanden nadat een verzoek tot (meerdere) schadevergoeding door verzekeraars is geweigerd, door dagvaarding van verzekeraars bij de bevoegde rechter te Amsterdam een rechtsvordering aanhangig is gemaakt;
- 7.C.3 indien niet binnen drie maanden nadat door verzekeraars een definitief standpunt is bepaald betreffende de mate van blijvende invaliditeit, een geschil als bedoeld in artikel 16 bij arbiters aanhangig is gemaakt;
- 7.C.4 na verloop van vijf jaar sinds de ongevalsdatum, tenzij een rechtsvordering of arbitrale procedure aanhangig is gemaakt;
- 7.C.5 in geval van een weigering van de nabestaande(n) om verzekeraars in staat te stellen een medisch onderzoek te laten verrichten als bedoeld in artikel 6.A.

- 7.D Indien verzekeraars van mening zijn dat zij terzake van een ongeval generlei verplichting tot uitkering heeft, zal zij verzekeringnemer dan wel de makelaar daarvan schriftelijk in kennis stellen. Elke aanspraak van de begunstigde terzake van een ongeval vervalt, indien deze niet binnen 6 maanden na ontvangst van deze mededeling per aangetekende brief hiertegen in verzet komt.

7.E Verplichtingen verzekeraar inzake medisch adviestraject

- 7.E.1 De verzekeraar is verantwoordelijk voor het passend inschakelen van medisch adviseurs. Het onderzoek van de medisch adviseur dient zoveel mogelijk afgestemd te zijn op het specialistisch karakter van het letsel.

- 7.E.2. Bij geschillen heeft de verzekeringnemer recht op een contra-expertise alsmede een arbitraire expertise op kosten van de verzekeraar.

8. Duur en einde van de verzekering

- 8.A De verzekering is aangegaan voor de in de polis aangegeven contractsduur met gekoppelde herzienings- dan wel verlengingsmogelijkheden.
- Verzekeringnemer heeft het recht op zijn opzegging terug te komen tot het tijdstip, waarop de verzekering zou eindigen. De opzegging is slechts van kracht, als zij tot bedoeld tijdstip wordt gehandhaafd en zal, als zij vóór dat tijdstip wordt herroepen, geacht worden nimmer te hebben plaatsgehad.
- 8.B Verzekeraars hebben het recht de verzekering op enig tijdstip per aangetekend schrijven op te zeggen zodra blijkt dat door de verzekeringnemer, de verzekerde en/of de begunstigde moedwillig onjuiste of onvolledige gegevens zijn verstrekt.

9. Aanpassing premie en of voorwaarden

- 9.1. Ingeval verzekeraars de voorwaarden en/of premie en bloc wijzigen, hebben zij het recht de gewijzigde voorwaarden en/of premie op deze verzekering toe te passen met ingang van de eerste premievervaldatum na invoering van de wijzigingen. Verzekeraars dienen dit voorstel tenminste 60 dagen voor die premievervaldatum aan de verzekeringnemer te doen.
- 9.2. Als de verzekeringnemer zich niet met de in dit artikel bedoelde voorstellen kan verenigen, heeft hij het recht de verzekering tot 30 dagen na de premievervaldatum te beëindigen.

10. Betalingsverkeer

10.1. Premies en kosten

- 10.1.1. Verzekeraar belast de makelaar in rekening-courant voor de verschuldigde premies en kosten.
- 10.1.2. Verzekeringnemer is gehouden de premies en kosten aan de makelaar te voldoen, uiterlijk na de dertigste dag waarop zij verschuldigd worden.
- 10.1.3. De verzekeringnemer is tegenover verzekeraars wettig gekwetten voor zover hij de premies en kosten aan de makelaar heeft voldaan.
- 10.1.4. Verzekeraar betaalt geen premie terug in geval van beëindiging wegens opzettelijke misleiding van de maatschappij door verzekeringnemer dan wel verzekerde. Bij beëindiging van de verzekering om andere redenen, betalen verzekeraars de premie terug over de periode waarin de verzekering niet meer van kracht is, onder aftrek van administratiekosten.

10.2. Schadepeningen en premierestitutie

- 10.2.1. Verzekeraar crediteert de makelaar in rekeningcourant voor de door verzekeraar verschuldigde schadepeningen en premierestituties.
- 10.2.2. Door deze creditering van de makelaar is verzekeraar jegens de rechthebbende(n) wettig gekwetten.
- 10.2.3. De makelaar is terzake van de afdracht van aan hem door de verzekeraar gecrediteerde schadepeningen en premierestituties tot niet meer gehouden dan tot betaling van het saldo dat resteert na verrekening van deze schadepeningen en premierestituties met ten tijde van het ontstaan van de afdrachtverplichting al dan niet opeisbare premievorderingen uit hoofde van welke verzekering ook.

10.3. Betaling en krediet

Onverminderd de aansprakelijkheid van verzekeringnemer tot betaling van de verschuldigde premies en kosten aan de makelaar zal de verzekering slechts van kracht zijn voor de termijn waarvoor de premies en kosten aan de makelaar zijn betaald, c.q. voor de termijn waarvoor de makelaar verzekeringnemer krediet heeft verleend. Verzekeringnemer zal bij de interpretatie hiervan worden geacht krediet te hebben gehad, tenzij hem dit uitdrukkelijk is opgezegd.

10.4. Verruiming begrip verzekeringnemer

Indien een ander dan de verzekeringnemer de premie en kosten is verschuldigd wordt die ander voor de toepassing van artikelen 10.1 t/m 10.4 mede als verzekeringnemer beschouwd.

11. Jaarlijkse opgave

Verzekeringnemer is verplicht jaarlijks, aan het eind van ieder verzekeringsjaar een opgave te verstrekken van het aantal verzekerden per groep weergevende de situatie per 1 januari van het nieuwe verzekeringsjaar. Aan de hand van deze opgave zal de premie voor het nieuwe verzekeringsjaar worden vastgesteld. Er vindt geen naverrekening plaats.

Voor groep 3 wordt bij aanvang van de verzekeringsovereenkomst een indicatieve opgave verstrekt. Deze opgave behoeft niet jaarlijks te worden herhaald. Voor de groep wordt ook geen premie in rekening gebracht.

Indien er tijdens het verzekeringsjaar personen ter verzekering bijkomen, dan is er voor deze personen een automatische dekking onder de polis. Indien een bedrijfsonderdeel inclusief personeel afvloeit dan wel wordt toegevoegd, zal verzekeringnemer dit tussentijds actief kenbaar maken.

12. Persoonsregistratie

De voor de uitvoering van deze verzekeringsovereenkomst benodigde persoonsgegevens kunnen worden opgenomen in een door de verzekeraar en/of makelaar gevoerde persoonsregistratie. Deze registratie is vereist voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst. Op deze registratie is de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen van toepassing. In deze gedragscode zijn de rechten en plichten van partijen bij de gegevensverwerking vastgelegd. De volledige tekst van de gedragscode kan worden opgevraagd bij het informatiecentrum van het Verbond van Verzekeraars in Den Haag of via www.verzekeraars.nl.

13. Mededelingen

Verzekeraars en verzekerde(n) kunnen alle voor elkaar bestemde mededelingen rechtsgeldig, indien gewenst, aan de makelaar doen. Alle mededelingen van de makelaar aan verzekerde(n) kunnen rechtsgeldig geschieden aan het laatste aan hem bekend gemaakte adres van de op het polisblad vermelde verzekerde(n).

14. Oversluiting

In geval van gehele of gedeeltelijke oversluiting van één of meer aandelen in deze verzekeringsovereenkomst zal de overnemende verzekeraar, al dan niet reeds betrokken op de verzekering, ten aanzien van de juistheid en/of volledigheid van voor deze verzekering van belang zijnde gegevens en/of bekendheid daarmee, geen andere rechten hebben dan die welke de verzekeraars toekomen die reeds op de verzekering betrokken zijn en blijven.

15. Toepasselijk recht

Het Nederlands recht is op deze verzekering van toepassing.

16. Geschillen

Eventuele geschillen dienen te worden voorgelegd aan de bevoegde rechter in Amsterdam, tenzij partijen overeenkomen het geschil aan arbiters voor te leggen.

17. Samenloop voorwaarden

Op deze verzekering kunnen naast de Algemene Voorwaarden bijzondere voorwaarden en clausules van toepassing zijn. In dat geval gaan de bijzondere voorwaarden en/of clausules voor op de Algemene Voorwaarden.

18. Terrorismedekking

Hiermee wordt aangetekend dat het Clausuleblad Terrorismedekking bij de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. en het Protocol Afwikkeling Claims van toepassing zijn. De teksten van het Clausuleblad en het Protocol maken integraal deel uit van deze verzekering.

De teksten van het Clausuleblad en het Protocol zijn als bijlagen aan deze verzekering gehecht en zijn tevens te raadplegen op www.terrorismeverzekerd.nl. In geval van tegenstrijdigheden tussen deze verzekering en het Clausuleblad en/of Protocol geldt het Clausuleblad en/of het Protocol.

Overigens ongewijzigd.

**CLAUSULEBLAD TERRORISMEDEKKING
BIJ DE NEDERLANDSE
HERVERZEKERINGSMAATSCHAPPIJ
VOOR TERRORISMESCHADEN N.V. (NHT)**

1. Begripsomschrijvingen

In dit clauseblad en de daarop berustende bepalingen wordt - voor zover niet anders blijkt - verstaan onder:

1.1. **Terrorisme**

Gewelddadige handelingen en/of gedragingen - begaan buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 van de Wet op het Financieel toezicht genoemde vormen van molest - in de vorm van een aanslag of een reeks van in tijd en oogmerk met elkaar samenhangende aanslagen als gevolg waarvan letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood tengevolge hebbend, en/of schade aan zaken ontstaat dan wel anderszins economische belangen worden aangetast, waarbij aannemelijk is dat deze aanslag of reeks - al dan niet in enig organisatorisch verband - is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.2. **Kwaadwillige besmetting**

Het - buiten het kader van een van de zes in artikel 3:38 van de Wet op het Financieel toezicht genoemde vormen van molest - (doen) verspreiden van ziektekiemen en/of stoffen die als gevolg van hun (in)directe fysische, biologische, radioactieve of chemische inwerking letsel en/of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood ten gevolge hebbend, bij mensen of dieren kunnen veroorzaken en/of schade aan zaken kunnen toebrengen dan wel anderszins economische belangen kunnen aantasten, waarbij aannemelijk is dat het (doen) verspreiden -al dan niet in enig organisatorisch verband- is beraamd en/of uitgevoerd met het oogmerk om bepaalde politieke en/of religieuze en/of ideologische doelen te verwezenlijken.

1.3. **Preventieve maatregelen**

Van overheidswege en/of door verzekerden en/of derden getroffen maatregelen om het onmiddellijk dreigend gevaar van terrorisme en/of kwaadwillige besmetting af te wenden of - indien dit gevaar zich heeft verwezenlijkt - de gevolgen daarvan te beperken.

1.4. **Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden N.V. (NHT)**

Een door het Verbond van Verzekeraars in Nederland opgerichte herverzekeringsmaatschappij, waarbij uitkeringsverplichtingen uit hoofde van verzekeringsovereenkomsten, die voor in Nederland toegelaten verzekeraars direct of indirect kunnen voortvloeien uit de verwezenlijking van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 omschreven risico's, in herverzekering kunnen worden ondergebracht.

1.5. **Verzekeringsovereenkomsten:**

- Overeenkomsten van schadeverzekering voor zover zij overeenkomstig het bepaalde in artikel 1.1 van de Wet op het Financieel toezicht betrekking hebben op in Nederland gelegen risico's.
- Overeenkomsten van levensverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.
- Overeenkomsten van natura-uitvaartverzekering voor zover gesloten met een verzekeringnemer met een gewone verblijfplaats in Nederland, of, indien verzekeringnemer een rechtspersoon is, met de in Nederland gevestigde vestiging van de rechtspersoon waarop de verzekering betrekking heeft.

1.6. **In Nederland toegelaten verzekeraars:**

- Schade-, levens- en zorgverzekeraars zoals bedoeld in artikel 12 van de Wet toezicht Levens-, natura-uitvaart- en schadeverzekeraars die op grond van de Wet op het financieel toezicht bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen en
- natura-uitvaartverzekeraars zoals bedoeld in artikel 7 van de Wet toezicht Levens-, natura-uitvaart- en schadeverzekeraars die op grond van de Wet op het financieel toezicht bevoegd zijn om in Nederland het verzekeringsbedrijf uit te oefenen.

2. Begrenzing van de dekking voor het terrorismerisico

2.1. Indien en voor zover, met inachtneming van de in artikel 1.1, 1.2 en 1.3 gegeven omschrijvingen, en binnen de grenzen van de geldende polisvoorwaarden, dekking bestaat voor gevolgen van een gebeurtenis die (direct of indirect) verband houdt met:

- terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,
- handelingen of gedragingen ter voorbereiding van terrorisme, kwaadwillige besmetting of preventieve maatregelen,

hierna gezamenlijk aan te duiden als 'het terrorismerisico', geldt dat de uitkeringsplicht van de verzekeraar terzake van iedere bij haar ingediende aanspraak op schadevergoeding en/of uitkering, is beperkt tot het bedrag van de uitkering die de verzekeraar terzake van die aanspraak ontvangt onder de herverzekering voor het terrorismerisico bij de NHT, in het geval van een verzekering met vermogensopbouw vermeerderd met het bedrag van de uit hoofde van de betrokken verzekering reeds gerealiseerde vermogensopbouw. Bij levensverzekeringen wordt het bedrag van de gerealiseerde vermogensopbouw gesteld op de krachtens de Wet op het financieel toezicht aan te houden premiereserve ten aanzien van de betrokken verzekering.

2.2. De NHT biedt herverzekeringsdekking voor de hiervoor genoemde aanspraken tot maximaal 1 miljard euro per kalenderjaar. Vorengenoemd bedrag kan van jaar tot jaar worden aangepast en geldt voor alle bij de NHT aangesloten verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing zal mededeling worden gedaan in drie landelijk verschijnende dagbladen.

2.3. In afwijking van het in de voorgaande leden van dit artikel bepaalde, geldt voor verzekeringen die betrekking hebben op:

- schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan;
- gevolgschade van schade aan onroerende zaken en/of de inhoud daarvan,

dat per verzekeringnemer per verzekerde locatie per jaar maximaal 75 miljoen euro onder deze overeenkomst zal worden uitgekeerd, voor alle deelnemende verzekeraars zoals bedoeld in artikel 1 tezamen, ongeacht het aantal afgegeven polissen.

Voor de toepassing van dit artikellid wordt onder verzekerde locatie verstaan: alle op het risicoadres aanwezige door verzekeringnemer verzekerde objecten, alsmede alle buiten het risicoadres gelegen door verzekeringnemer verzekerde objecten waarvan het gebruik en/of de bestemming in relatie staat tot de bedrijfsactiviteiten op het risicoadres. Als zodanig zullen in ieder geval worden aangemerkt alle door verzekeringnemer verzekerde objecten die op minder dan 50 meter afstand van elkaar gelegen zijn en waarvan er ten minste een op het risicoadres is gelegen.

Voor de toepassing van dit artikellid geldt voor rechtspersonen en vennootschappen die zijn verbonden in een groep, zoals bedoeld in artikel 2.24b van het Burgerlijk Wetboek, dat alle groepsmaatschappijen tezamen worden aangemerkt als een verzekeringnemer, ongeacht door welke tot de groep behorende groepsmaatschappij(en) de polis(sen) is (zijn) afgesloten.

3. Uitkeringsprotocol NHT

3.1. Op de herverzekering van de verzekeraar bij de NHT is van toepassing het Protocol afwikkeling claims (hierna te noemen het Protocol). Op grond van de in dit protocol vastgestelde bepalingen is de NHT onder meer gerechtigd de uitkering van de schadevergoeding of het verzekerde bedrag uit te stellen tot het moment waarop zij kan bepalen of en in hoeverre zij over voldoende financiële middelen beschikt om alle vorderingen waarvoor zij als herverzekeraar dekking biedt, voor het geheel te voldoen. Voor zover de NHT niet over voldoende financiële middelen blijkt te beschikken, is zij gerechtigd overeenkomstig bedoelde bepalingen een gedeeltelijke uitkering aan de verzekeraar te doen.

3.2. De NHT is, met in achtneming van het gestelde in bepaling 7 van het Protocol afwikkeling claims, bevoegd om te beslissen of een gebeurtenis in verband waarmee aanspraak op uitkering wordt gedaan, als een gevolg van de verwezenlijking van het terrorismerisico moet worden aangemerkt. Een daartoe strekkend en overeenkomstig voornoemde bepaling genomen besluit van de NHT, is bindend jegens verzekeraar, verzekeringnemer, verzekerden en tot uitkering gerechtigden.

3.3. Eerst nadat de NHT aan de verzekeraar heeft medegedeeld welk bedrag, al dan niet bij wijze van voorschot, terzake van een vordering tot uitkering aan haar zal worden uitgekeerd, kan de verzekerde of de tot uitkering gerechtigde op de in artikel 3.1 bedoelde uitkering terzake tegenover de verzekeraar aanspraak maken.

3.4. De herverzekeringsdekking bij de NHT is ingevolge bepaling 17 van het Protocol slechts van kracht voor aanspraken op schadevergoeding en/of uitkering die worden gemeld binnen twee jaar nadat de NHT van een bepaalde gebeurtenis of omstandigheid heeft vastgesteld dat deze als een verwezenlijking van het terrorismerisico in de zin van dit Clausuleblad wordt beschouwd.

CLAUSULEBLAD SANCTIECLAUSULE

Verzekeraars zijn niet gehouden om dekking of schadeloosstelling te bieden krachtens deze verzekering, indien dit een inbreuk zou vormen op sanctiewet- en regelgeving uit hoofde waarvan het verzekeraars verboden is om krachtens deze verzekering dekking te bieden of een schadeloosstelling uit te keren.